

Psychiatrieerfahrene Mitglieder der PsychKG-Besuchskommission NRW

c/o Elisabeth Scheunemann - Bachstr.8 - 32756 Detmold

elisabeth-scheunemann@t-online.de 05231/20665

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Herr Günter Garbrecht

Frau Elisa Fuchs

anhoerung@landtag.nrw.de

23.08.2016

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung zum PsychKG NRW,
Drucksache 16/12068**

Sehr geehrter Herr Garbrecht,
sehr geehrte Damen und Herren des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und
Soziales,

bevor wir uns zu den Änderungen in den einzelnen Paragraphen äußern,
beschreiben wir, wie wir die Handhabung von Rechtsgrundlagen im Rahmen von
Besuchskommissionsterminen in den 106 Psychiatrischen Kliniken und
Abteilungspsychiatrien und in Veröffentlichungen von Fachgremien erleben.

Wir haben in Besuchskommissionen häufig das Problem, dass bei Klinischen
PsychiaterInnen das Bewusstsein dafür fehlt, dass sie bei nach PsychKG
Untergebrachten im Rahmen von Amtshandlungen tätig werden. Der Staat hat sie
beliehen mit der Macht, Grundrechte einschränkend tätig zu werden, weil nach
geltendem Rechtsverständnis das Selbst- oder Fremdgefährdungspotential mit einer
psychischen Krankheit zusammenhängt und Gefahr im Verzug gesehen wird.
Wir sehen, dass dieses rechtssystematische Faktum bei ÄrztInnen in Kliniken nicht
ausreichend vermittelt ist:

Beispiel: Wir haben inzwischen in der Mehrzahl sofortige Unterbringungen (§14
PsychKG NRW). Das bedeutet im o.g. Zusammenhang, dass der/die PatientIn erst in
die Klinik verbracht wird und erst dann das Ärztliche Zeugnis, das die Notwendigkeit
der Unterbringung begründen soll, von ÄrztInnen in Psychiatrien geschrieben wird.
Auch KlinikärztInnen beschreiben nur in Ausnahmefällen die von den
Untergebrachten ausgehende Gefährdung. Und manchmal können sie diese auch
nolens volens nur vom Hörensagen beschreiben, benennen aber diese Lücke
bezüglich der sachlichen Voraussetzungen nicht dem Richter/ der Richterin
gegenüber.

Die bestehende Gefährdung muss mit konkreten, auf den Einzelfall bezogenen
Tatsachen belegt werden. Sie darf nicht anders als durch Unterbringung abgewendet
werden können. „Ungenügend sind demgemäß bloße Belästigungen, auch wenn sie
andere stören (OLG Hamm BtPrax 2000, 35), wie lautes Schreien, Stören der
Nachtruhe, anpöbeln von Passanten, leichte körperliche Beeinträchtigungen,
öffentliches Entblößen.“ (Dodegge/Zimmermann, PsychKG NRW Gesetz über Hilfen

und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, 3. neubearbeitete Auflage 2011, S. 219)

Wir finden so gut wie nie in den Ärztlichen Zeugnissen Vermerke über zuvor stattgefundene mildere Maßnahmen, bevor es zur Initiierung einer Grundrechte einschränkenden Unterbringung kommt. Der Gesetzgeber hat den erläuternden Satz hinzugefügt: „Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung“, wahrscheinlich aus wohlweislicher Erfahrung. Durchgängiges Allgemeinwissen in allen Psychiatrischen Kliniken ist das immer noch nicht. Die genaue Beschreibung der von untergebrachten Menschen ausgehenden Gefährdungspotentiale ist auch deshalb zwingend und ganz unverzichtbar, weil der Zwangsaufenthalt der Abwendung einer konkreten Gefahr dient und nur wenn die Gefahr weiter besteht, darf die Zwangsunterbringung aufrechterhalten werden. Wenn die Gefährdung im Unterbringungszeugnis nicht gesetzeskonform beschrieben ist, besteht Gefahr, dass auch die fortlaufende weitere Gefährdung nicht korrekt dokumentiert wird.

Aus Betroffenenperspektive kann man es bedauerlich finden, dass Kliniken bei rechtsfehlerhaftem Verhalten viel zu selten verklagt werden, denn:

Veränderungen zum Positiven haben vor allem Bundesverfassungsgerichtsurteile bewirkt. Unterhalb dieser Schwelle von höchstrichterlichen Entscheidungen ist einsichtsfähiges Verhalten, was Rechtskonformität angeht, manchmal schwer zu bewirken.

Die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), die zentrale Fachgesellschaft aller beteiligten Fachgebiete hat am 9. April 2015 „Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern“ herausgegeben. Dort steht: Zitat: *Aus fachlicher Sicht sollten die Ländergesetzgeber folgende Grundsätze bei der Neuregelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern berücksichtigen:*

- 1. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus dient der Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Selbst- oder Fremdgefährdung dann, wenn der Betreffende aufgrund einer krankheitsbedingten Einschränkung der freien Willensbildung die Gefährdung als solche nicht erkennen und vermeiden kann.*
- ...*
- 3. Eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus darf nicht aufgrund irgendeiner Erkrankung oder Behinderung an sich erfolgen, sondern nur aufgrund einer Einschränkung der freien Willensbildung und einer konkreten Gefährdung. Zitat Ende*

Die Voraussetzung der Einschränkung der freien Willensbildung ist mit guten Gründen in keinem Ländergesetzestext enthalten. Wie sollte das wohl in einem Ärztlichen Zeugnis ad hoc begründet werden können?

2014 sind 23684 Menschen nach PsychKG in NRW zwangsuntergebracht worden, zusätzlich 26881 nach Betreuungsrecht (<https://www.bundesanzeiger->

[verlag.de/fileadmin/BT-](http://verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuzahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuzahlen_2014.pdf)

[Prax/downloads/Statistik_Betreuzahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuzahlen_2014.pdf](http://verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuzahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuzahlen_2014.pdf) S.31) Das ist in Summe die Einwohnerschaft einer Mittelstadt wie

Bad Salzuflen. Besuchskommissionen sind verpflichtet, mit PsychKG-PatientInnen in Kliniken zu sprechen. Wir psychiatrieeerfahrenen Mitglieder, alle früher mit psychiatrischen Diagnosen versehen haben bei diesen Terminen **nicht** den Eindruck gewonnen, dass diese Untergebrachten alle eingeschränkt in der freien Willensbildung waren. Uns fällt aber unmittelbar auf, dass wenn jemand Zwangsuntergebrachter angeblich „die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,“ (§1906 BGB Genehmigung des Betreuungsgerichtes bei der Unterbringung, Absatz 3, Satz 1) das eine grundlegende Voraussetzung dafür ist, dass er gegen seinen Willen medikamentös zwangsbehandelt wird. **Ein** Eckpunkt der DGPPN ist offensichtlich, dass **eine** Voraussetzung zur medikamentösen Zwangsbehandlung **schon in den Voraussetzungen zur Unterbringung festgeschrieben wird.**

NRW ist nicht das erste Bundesland, das sein PsychKG nach Maßgaben der UNBRK und Bundesverfassungsgerichtsurteilen novelliert. Bei allen Diskussionen und Anhörungen ist häufig außer Acht geblieben, dass Krankheitsbilder und damit verbundene Einschränkungen nur die eine Seite der Medaille sind.

Die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (ZEKO) bemängelt in einer Stellungnahme „Zwangsbehandlungen bei psychischen Erkrankungen“ vom 28.06.2013 institutionelle Bedingungen der Psychiatrien und fehlendes Bewusstsein für das Ausmaß von gravierenden Grundrechtseingriffen:

„Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend geschultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation.“

Mit Datum vom 04.04.2016 hat die ZEKO eine Stellungnahme

„Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“ veröffentlicht und weist darauf hin, dass assistierte Verfahren zur Entscheidungsfindung, auch für Kinder und Jugendliche „in der UN Behindertenrechtskonvention ausdrücklich gefordert werden“. Zitiert wird Artikel 12, Satz 3: „Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.“

In Deutschland ist die UNBRK am 26. März 2009 in Kraft getreten. Seither ist sie geltendes Recht.

Zu den Formulierungen in den einzelnen Paragrafen:

§2 Grundsätze

In der bisherigen Fassung ist die Rücksichtnahme auf den Willen des Betroffenen ausdrücklich erwähnt. Da die Willensäußerung rechtliche Bedeutung hat und wir nicht wahrnehmen, dass öffentlich-rechtlich Untergebrachte per se nicht willensfähig sind (s.o.) sollte der Wille wie bisher ausdrücklich genannt bleiben.

§§11 und 14

Die §§11 und 14 sollen bei dieser Novellierung unverändert bleiben.

Wir weisen aus den Erfahrungen in Besuchskommissionen auf erhebliche Mängel bei der Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgaben hin:

PatientInnen bekommen häufig schon Medikamente, bevor es einen Richterspruch zur Unterbringung gibt. Das halten wir nur für statthaft,

1. wenn der Patient/die Patientin das ausdrücklich wünscht oder eine entsprechende Vorausverfügung vorliegt. Dann sollte beides dokumentiert sein, entsprechende Dokumentation fehlt in den meisten Fällen.
2. in Fällen von rechtfertigendem Notstand.

In allen anderen Fällen ist eine Behandlung eines/einer nach PsychKG Untergebrachten erst zulässig, wenn PatientInnen untergebracht sind. Untergebracht sind sie erst nach einem richterlichen Beschluss (Dodegge/Zimmermann 2011, S.225 Verfahrensvoraussetzungen).

Wir erwähnen auch, dass Gelegenheit sein muss, zeitnah eine Beschwerde gegen richterliche Entscheidungen einzulegen.

Wir haben bei Kommissionsterminen mehrfach festgestellt, dass Kliniken Unterbringungsbeschlüsse gefaxt bekommen und dann mit der Behandlung beginnen. PatientInnen bekommen die Beschlüsse mit Brief per Post zugestellt, in einem Fall 10 Tage später als die gefaxte Nachricht. Nicht alle bei Kommissionsterminen dazu befragten Kliniken sahen sich in der Pflicht, ihrerseits umgehend dem/ Patienten/der Patientin oder dem Bevollmächtigten Az. und Inhalt mitzuteilen.

Den sehr unbestimmten Rechtsbegriff der „*Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer*“ halten wir als Begründung bei einer Einschränkung von Freiheitsrechten für viel zu schwammig, als dass er eine Grund-und Menschenrechte berührende Zwangsfestsetzung begründen könnte. Der Bezug sollte Bedrohung von Leib und Leben der eigenen Person und anderer Menschen sein.

§18 Absatz 1

heißt in der neuen Fassung: „Während der Unterbringung besteht Anspruch auf eine medizinisch notwendige und im Sinne dieses Gesetzes zulässige Behandlung.“

Wir finden es wegen der Klarheit und Verständlichkeit für PatientInnen geboten, dass auch wie in der bisherigen Fassung „psychotherapeutisch gebotene Heilbehandlung“ im Gesetzestext ausdrücklich erwähnt bleibt. Viele PatientInnen, die zwangsbehandelt werden, haben eine Diagnose „Psychotische Störung aus dem aus dem schizophrenen Formenkreis.“ In der Behandlungsleitlinie Schizophrenie finden

sich unter 5. auch Verweise auf psychotherapeutische Interventionen, unter 5.3 ist kognitive Verhaltenstherapie beschrieben u.a. mit den Zielen, „emotionale Störungen wie Depressionen, Angst und Hilflosigkeit zu reduzieren und dysfunktionale Schemata zu modifizieren“. Desweiteren sind Kreativtherapien genannt wie z.B. Kunst-, Musik- und Tanztherapie. Professionelle BehandlerInnen wissen, dass medizinisch notwendige Behandlung auch solche Therapien einschließt. PatientInnen erschließt sich das mit der Formulierung „medizinisch notwendige Behandlung“ nicht unbedingt.

§18 Behandlungen Absatz 2

Im zweiten Satz nach „ihrer rechtlichen Vertretung“ sollte ergänzt werden „und auch der Vertrauensperson“.

§ 18 Behandlung Absatz 4

Ob Betroffene „Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen, oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können“, hängt wesentlich davon ab, wie ihnen das erklärt wird. Es sind nicht nur die PatientInnen, die Grund, Bedeutung und Tragweite nicht erkennen können, es sind auch Klinische PsychiaterInnen, die sich auch nach den Bundesverfassungsgerichtsurteilen wenig schlaugemacht haben, wie ihre verpflichtenden Aufklärungen effektiver werden können, damit PatientInnen sich besser entscheiden können. S. auch die oben zitierten Stellungnahmen der ZEKÖ.

Wir erwarten zwingend, dass es Bemühungen gibt, Aufklärungen zu Wirkweisen von Medikamenten und was mit der Gabe erreicht werden soll in einfacher/leichter Sprache zu entwickeln.

Das ist besonders wichtig für PatientInnen mit intellektuellen Einschränkungen, lernbehindert, wie sie sich selbst bezeichnen, minderbegabt, wie sie häufig noch psychiatrisch charakterisiert werden. Darüber hinaus würde es allen PatientInnen zu Gute kommen „und auch den Psychiatern“, wie einmal ein psychiatrischer Gutachter bei einem Termin diesen Vorschlag kommentierte.

§ 18 Behandlung Absatz 5

Wir weisen bei medikamentöser Zwangsbehandlung darauf hin, dass es Gruppen von PatientInnen gibt, bei denen Medikamente nicht, wie bei der Zwangsvergabe intendiert, wirken.

Zwangsbehandlung wird häufig angezielt für PatientInnen mit der Diagnose „Psychose aus dem Schizophrenen Formenkreis“.

Asmus Finzen, zwischen 1972 und 2003 Ärztlicher Direktor in Psychiatrischen Kliniken in Deutschland und in der Schweiz hat 2009 in einem Vortrag vor Angehörigen erläutert, dass es historisch über die Zeitverläufe immer etwa ein Drittel der Psychosepatienten gab, die nicht wieder gesund werden. „Wir können mit den Medikamenten eine ganze Menge erreichen. Aber egal, welche es sind, die alten oder die neuen, ihre Reichweite ist begrenzt. Wir können Symptome damit behandeln, wir können die Selbstheilungskräfte in den Patienten stärken, indem wir ihnen die Angst nehmen vor den Halluzinationen oder die Verfolgungsangst, aber

was wir nicht können, ist die Krankheit ausheilen. Und die Wirkung der Medikamente, das ist vor 50 Jahren so gewesen, als sie eingeführt wurden und das ist heute noch so, sagen die Experten, die Reichweite der Medikamente betrifft 70-80%. Das heißt, es bleibt immer eine Gruppe von Kranken, bei denen die Medikamentenwirkung entweder nicht vorhanden ist oder nicht ausreicht.“ (http://www.finzen.de/pdf-dateien/warum_wieder_gesund.pdf , S.11, Hervorhebung von mir)

Wer als BehandlerIn eine solche medikamentöse Behandlung in der Klinik initiiert, muss im Sinn haben, dass Zwangsbehandlungen nach §333 FamFG zeitlich befristet sind. Das gilt auch, wenn inzwischen ambulant behandelt wird.

Es gibt keine Rechtsgrundlage dafür, dass eine zwangsweise initiierte medikamentöse Behandlung fortgeführt wird, weil der Patient nicht ausdrücklich nach Ablauf der Frist widerspricht. BehandlerInnen sind verantwortlich dafür, dass die Zustimmung des/der PatientIn zur weiteren Medikation überprüft wird.

§ 20 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Wir sind nach dem Verbot der Kamera-Überwachung froh, dass die rechtlichen Standards zu Fixierungen inzwischen weitgehend angelehnt sind an die Positionen der Stellungnahme des europäischen Antifolter-Komitees – European Committee for the Prevention of Torture and inhuman Treatment (CPT) von 2005 :

„Im medizinischen Kontext sollte der Geisteszustand und der körperliche Zustand einer fixierten Person jederzeit unmittelbar durch einen bestimmten, zum medizinischen Personal gehörenden Mitarbeiter überwacht werden, der der betroffenen Person unmittelbar menschlichen Kontakt ermöglichen kann, ihre Ängste mindern kann, mit ihr sprechen und schnell auf sie eingehen kann, auch auf ihre persönlichen Bedürfnisse in Bezug auf die Nahrungsaufnahme, die Hygiene, sowie das Urinieren und die Darmentleerung. Diese individuelle Überwachung durch das Personal sollte innerhalb des betreffenden Raums selbst stattfinden (Sitzwache) oder, wenn der Patient dies wünscht, in unmittelbarer Nähe der Tür (in Hörweite und so, dass sofort persönlicher Kontakt hergestellt werden kann).“

Zur Notwendigkeit solcher penibel formulierten rechtlichen Standards vgl. auf der Website des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener die Schilderungen von Betroffenen: „[Hinter verschlossenen Türen](#)“.

Zum Arbeitsentwurf des Ministeriums vom 15.2.2015 haben wir eine Stellungnahme geschrieben, in der wir unsere Kritik ausführlicher anhand von Erfahrungen bei den Besuchskommissionsterminen beschreiben. Siehe: [Stellungnahme der PE-Mitglieder der NRW-Besuchskommission zum Arbeitsentwurf 1-2016](#) auf der Website des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener NRW

Elisabeth Scheunemann

Gesamtkoordinatorin PE Mitglieder PsychKG Besuchskommission NRW